

COMPLICAȚIILE ȘI DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL ÎN SARCINA ECTOPICĂ

Complications and the differential diagnosis in Ectopic Pregnancy

Dr. Roxana Al Momani, Dr. Florin Isopescu

Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“, București

REZUMAT

Sarcina ectopică se definește ca localizarea ectopică a oului care este nidat și se dezvoltă în afara cavității uterine.

Sarcina ectopică a fost descrisă în anul 936 î.Hr. de un autor arab, Albucasis. În secolul XVIII este menționată de Mauriceau ca o posibilă complicație obstetricală, urmând ca în 1883, Lawson Tait să practice primele salpingectomii. Tait stabilește cel mai mare record al aceluși timp, realizând 1350 de salpingectomii, cu o rată de mortalitate de numai 5%. Câteva dintre concluziile lui Tait, bazate pe experiența sa chirurgicală, sunt aplicate din plin în chirurgia contemporană: „Dacă o operație urmează să fie făcută, ea trebuie făcută fără întârziere. Intervenția precoce este în mod clar elementul dominant al succesului în chirurgia abdominal modernă.

Cuvinte cheie: sarcină ectopică, hematosalpinx, avort, ecografie

ABSTRACT

Ectopic pregnancy is defined as the location of ectopic implantation and egg which develops outside the uterine cavity.

Ectopic pregnancy was described in 936 BC. by an Arab author, Albucasis. In the eighteenth century Mauriceau mentioned as a possible obstetric complications, as in 1883, Lawson Tait practice the first salpingectomies. Tait set the highest record of that time, making salpingectomies 1350, with a mortality rate of only 5%. Some of Tait's conclusions, based on surgical experience, are fully applied in modern surgery: "If an operation must be done... it must be done without delay. Early intervention is clearly the dominant element of success in modern abdominal surgery."

Key words: ectopic pregnancy, hematosalpinx, abortion, ultrasound

COMPLICAȚIILE SARCINII ECTOPICE

Complicațiile sarcinii ectopice pot îmbrăca următoarele forme anatomo-clinice:

1. *Decolarea și resorbția oului:* rar întâlnite în evoluția sarcinii ectopice. Cu câteva zile înainte de apariția menstruației apar dureri hipogastrice sau în una din fosele iliace și o mică hemoragie cu sânge ciocolatiu. Diagnosticul este numai o posibilitate și nu este necesar un tratament. Situația se normalizează în circa 7 zile.

2. *Avortul tubar:* simptomatologia funcțională este asemănătoare cu cea din sarcina tubară neruptă, dar mai accentuată. La aceasta se adaugă o stare de oboseală persistentă și inexplicabilă. Pacienta este

uneori subfebrilă, cu paloare, uneori subicter, tulburări urinare (polakiurie, disurie) și de tranzit



FIGURA 1. Imagine ecografică.
Hematosalpinx

Adresa de corespondență:

Dr. Roxana Al Momani, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“, B-dul. Eroilor Sanitari, Nr. 8, București
e-mail: roxana16racan@yahoo.com

(constipație cu sau fără tenesme). Dar cea mai importantă rămâne modificarea caracterului durerii. Ea devine colicativă, intensă în etajul inferior al abdomenului, uneori îmbrăcând un aspect sincopal. După câteva minute se atenuează, pacienta are dureri suportabile ce sunt continue, întretăiate de episoade colicative. Uneori se constată eliminarea din canalul genital a unei cantități mici de sânge ciocolatiu.

Avortul tubar duce, de obicei, la formarea unui hematosalpinx cu caracter mai puțin evident clinic sau la formarea unui hematocel cu diverse localizări. În cazuri rare, când hemoragia este masivă, se descrie tabloul clinic de inundație peritoneală (1-2 litri de sânge).

3. *Hematosalpinxul*: forma anatomică de hematosalpinx corespunde în special dilacerării oului cu producerea unei hemoragii (30-35 ml de sânge), ambele cantonate în lumenul tubar, cu distensia trompei care își păstrează configurația sau se transformă chistic.

Diagnosticul clinic pozitiv se sprijină pe următoarele constatări: amenoree (cu sau fără tulburări subiective de sarcină), dureri hipogastrice moderate, exarcebate de oboseală și efort, metroragii moderate neprecedate de dureri hipogastrice ritmice (ca în avort), uterul hipertrofiat și sensibil la tentativa de mobilizare.

Formațiunea parauterină este moderat sensibilă, elastică, uneori chiar moale, cu configurația unei trompe hipertrofiate sau chistice, cu un șanț de delimitare față de uter, nesolidară cu acesta la mobilizare. Este forma pseudoanexială cronică a sarcinii ectopice a cărei diagnostic este greu de stabilit uneori. Se recurge atunci la investigații suplimentare: culdocenteză și celioscopia.

În lipsa acestora există o formă de diagnostic prin proba terapeutică: dacă la repausul absolut și la tratamentul antiinflamator formațiunea parauterină retrocedează, este anexială. Dacă se menține sau crește, pledează în favoarea hematosalpinxului.

4. *Hematocelul*: este forma clinică cea mai frecventă a sarcinii tubare. Se formează ca urmare a unei sângerări unice sau repetate, ca urmare a unei fisuri a trompei sau sângerare prin pavilion, în cavitatea peritoneală. Sângele se acumulează frecvent în Douglas, mai rar latero sau anterouterin, formând o masă cu aspect tumoral.

Anamneza poate arăta unele semne importante: amenoreea, urmată de sângerări negricioase, neregulate, în cantitate redusă.

Examenul general poate arăta paloarea tegumentelor și mucoaselor, o ușoară stare febrilă. Abdomenul este suplu, ușor sensibil în hipogastru,

iar deasupra pubisului și creștelor iliace se poate evidenția un edem duros.

Examenul obiectiv evidențiază câteva elemente particulare în funcție de localizarea hematocelului.

• *Hematocelul retrouterin*

Abdomenul este plat, cu o discretă sensibilitate la palparea hipogastrului. La examenul genital, colul este nemodificat, ascensionat sub simfiza, uterul greu delimitabil sau împins sub peretele abdominal deasupra simfizei de o masă moale, uneori cu senzația de „zăpadă“, cu limita imprecisă sensibilă la presiune și care bombează prin fundul de sac posterior. Tactul rectal confirmă prezența unei mase tumorale precum și extinderea ei spre peretele excavației.

Ecografia evidențiază prezența unei colecții retrouterine sonotransparente.

Puncția vaginală a fundului de sac posterior extrage un sânge de culoare ciocolatie (se constată cheaguri foarte fine și absența coagulării).

• *Hematocelul latero sau anterouterin*

Abdomenul este discret meteorizat, suplu. La palparea abdomenului se constată prezența unei mase renitente într-una din fosele iliace sau suprapubian, care poate crește în dimensiune la examene repetate; tactul vaginal confirmă prezența masei tumorale, uterul fiind plasat de partea opusă, iar fundul de sac lateral sau anterior este scurtat, în tensiune, sensibil.

Ecografia poate oferi elemente de diagnostic în plus, iar puncția vaginală confirmă diagnosticul.

• *Hematocelul supurat*

Durerile spontane se intensifică, starea generală se alterează, febra crește luând aspectul unei febre de supurație, cu leucocitoză și polinucleoză.

La examenul vaginal se constată în fundul de sac vaginal posterior o masă ramolită, fluctuantă și foarte dureroasă. Puncția evidențiază un aspect sangvino-purulent. Fără tratament se va deschide în rect, vagin sau cavitatea peritoneală.

• *Hematocelul închistat*

Pacienta prezintă semne de iritație pelvină: constipație cu crampe, tenesme rectale, polakiurie, disurie, tenesme vezicale. Apare o stare febrilă, moderată, tegumentele sunt palide, este tahicardică, frecvent apare subicter. Hemoleucograma arată anemie și leucocitoză.

La palparea abdomenului combinată cu examenul vaginal se constată o formațiune în fundul de sac posterior mai dură, mai puțin dureroasă, cu limite imprecise: uterul este împins în sus și înainte, spre peretele anterior al abdomenului. La palparea abdomenului se constă o masă suprapubiană mată la percție.

5. Inundația peritoneală

Pacienta are amenoree de câteva săptămâni, durere în hipogastru sau în una din fosele iliace și mici metroragii cu aspect ciocolatiu. La un moment dat, femeia acuză brusc o durere atroce, cu sediul variabil, de obicei la nivelul micului bazin, cu iradiere în regiunea lombară, epigastru sau chiar regiunea scapulară. Foarte rapid apar semne de hemoragie internă: stare generală alterată, tegumente și mucoase palide, transpirații reci, privire anxioasă, respirație scurtă și superficială. Extremitățile sunt reci și palide sau cianotice. Pulsul este filiform și tahicardic, tensiunea arterială scăzută, temperatura normală sau scăzută. Uneori există subicter. Abdomenul este ușor meteorizat, uneori cu echimoză periombilicală (semn de ruptură a sarcinii ectopice), dureros la palpare, ușor încordat, dar fără contractură importantă, cu hiperestezie cutanată. La percuție se evidențiază matitate în regiunea hipogastrică și pe flancuri, cu limita concavă superior și un ușor timpanism periombilical. Dacă nu se intervine chirurgical și hemoragia continuă se instalează tabloul clinic de șoc hemoragic.

La examenul genital se constată:

- Col uterin moale cu corp puțin mărit de volum, foarte dureros la mobilizare, care creează senzația că plutește în pelvis (semnul Mondor);
- Fundul de sac vaginal posterior este foarte dureros, determinând „strigătul“ Douglasului (semnul Proust);
- La nivelul fundului de sac vaginal posterior se simte o rezistență specială, ca de zăpadă, dată de sângele semilichid acumulat în Douglas (semnul lui Solovij);
- Parauterin se palpează de obicei o formațiune de dimensiuni variabile, de consistență moale păstoasă, foarte dureroasă;
- Uneori vom găsi o colorație cianotică a ombilicului (semnul Cullen) și lizereu palid perioral (semnul lui Georgescu).

În general, prezența triadei: durere sincopală, semne de hemoragie internă și „țipătul“ Douglasului, impune formularea diagnosticului de inundație peritoneală.

În unele cazuri, tabloul hemoragic inițial se atenuază spontan, iar după câteva ore, starea generală este ameliorată, anemia moderată, durerile mai puțin intense. Este o perioadă de acalmie înșelătoare pentru că poate preta la erori de diagnostic și poate întârzia intervenția.

Puncția Douglasului confirmă diagnosticul prin extragerea de sânge roșu incoagulabil.

Tabloul hematologic este caracteristic: scăderea hemoglobinei, a eritrocitelor, a hematocritului: leucocitoză cu polinucleoză, VSH crescut, trombocite scăzute, timp de sângerare prelungit, timp de coagulare scurtat, rezistența globulară crescută.

O imagine ecografică în această situație evidențiază hemoperitoneu (pe secțiune transversală), ecografia fiind esențială pentru diagnostic.

Complicații ale conținutului oului ectopic:

- Moartea fătului: însoțită de niște fenomene descrise sub numele de travaliu fals – dureri intermitente produse de contracțiile uterine, observându-se în același timp o scurgere sangvinolentă, însoțită de explozia de debrisuri membranoase. În unele cazuri aceste simptome lipsesc, fiind recunoscută prin apariția acelorași simptome ca în cazul morții intra-uterine.
- Retenția septică a fătului este perfect tolerată, acesta impregnându-se treptat cu săruri de calciu, putând fi păstrat în cavitatea uterină ani de zile (lithopedion).

Complicații ale conținătorului oului ectopic:

- Supurația chistului fetal: chistul fetal aderent la intestin se infectează secundar determinând apariția supurației. În toate cazurile, drenajul spontan este insuficient și intervenția este necesară pentru a evita o fistulă intermitentă sau generalizarea infecției.
- Ruptura chistului fetal: din cauza presiunii progresiv crescute din interiorul chistului și extensibilității reduse a peretelui acesta se poate rupe interesând totodată și vase de sânge de pe peretele extern.

DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL – SARCINA ECTOPICĂ VS. SARCINA NORMALĂ ȘI AVORTULUI SPONTAN

Avortul reprezintă întreruperea sarcinii înainte de viabilitatea produsului de concepție.

Avortul spontan constă în întreruperea spontană a sarcinii, fără o intervenție voluntară.

În funcție de perioada când se produce, se cunosc două tipuri de avort spontan:

- Avortul precoce – se produce înainte de 12 săptămâni de gestație.
- Avortul tardiv – se produce între săptămânile 13-28 de gestație.

Principalele modificări din sarcină sunt:

– Modificări endocrine: sarcina normală determină modificări profunde ale sistemului hormonal al mamei, care nu au însă nici o influență negativă asupra acesteia.

– Modificări ale organelor genitale: uterul crește în volum și în greutate, concomitent având loc și o hipertrofie cu hiperplazie a vaselor, mai ales a arterelor spiralate ale uterului, întreg tractul genital se modifică și își intensifică vascularizația, ceea ce duce la colorarea violacee a vulvei, a vaginului și a colului uterin. Secreția vaginală este mai abundentă, iar vaginul devine mai lung, mai larg și mai elastic. Toate aceste modificări au loc în scopul nașterii.

– Modificări ale întregului organism în sarcină: creșterea în greutate etc.

Durerile abdominale și sângerările vaginale sunt simptomul cel mai des întâlnit în avortul spontan. Acestea pot fi ușoare, moderate sau severe. Durata persistenței simptomelor variază de la o femeie la alta.

Ecografia este utilizată pentru vizualizarea cordului fătului, pentru a determina dacă sarcina este viabilă. Examinarea ecografică permite și verificarea locului de implantare a embrionului, pentru a exclude ipoteza unei sarcini ectopice.

Pe durata investigațiilor medicale, femeia este sfătuită să se odihnească (repaus complet la pat) și să nu aibă activitate sexuală.

Pentru diagnosticul diferențial al sarcinii cervicale cu avortul în doi timpi, Dikman stabilește următoarele criterii diagnostice:

- corpul uterin este mai mare în avortul în doi timpi decât în sarcina cervicală.
- în avortul în doi timpi sunt deschise atât orificiul intern, cât și cel extern al colului, în timp ce în sarcina cervicală, orificiul intern este închis.
- în avortul în doi timpi, resturile ovulare sunt prezente atât în col, cât și în cavitatea uterină.
- în trimestrul II, III, diagnosticul diferențial se face cu placenta praevia centrală. Raportul col-segment inferior/corp uterin este supra-unitar în sarcina cervicală.

Simptomele sarcinii ectopice diferă în funcție de localizarea acesteia. Majoritatea simptomelor apar la 4-6 săptămâni după concepție și diferă de la o femeie la alta.

În unele cazuri, simptomele lipsesc până la mijlocul primului trimestru de sarcină și diagnosticul este dat accidental, atunci când femeia face prima ecografie abdominală de control.

BIBLIOGRAFIE

1. **Peteanu, Vi. și colab.** – Examene și investigații în Ginecologie și Obstetrică, Constanța, Ed. Ponto, 1997.
2. **Milcu, ST, Danila-Muster, Aneta** – Endocrinologie Ginecologică, București, Ed. Academiei Române, 1968.
3. **Aburel E.** – Obstetrică și Ginecologie, Curs I.M.F., 1958
4. **Marinescu B.** – Sarcina extrauterină. In: Proca E. (sub redacția). Tratat de patologie chirurgicală, vol VII, Ed. Medicală, 1984, pg. 387-409.
5. **Alessandrescu D.** – Ghid terapeutic pentru unele urgențe obstetricale, Ed. Medicală, 1988.
6. **Alessandrescu D.** – Biologia reproducerii umane, Ed. Medicală, 1976.
7. **Angelescu N.** – Tratat de patologie chirurgicală, Ed. Medicală 2003, pg. 3142-3151.
8. **Gavrilescu C. și colab.** – Îndrumător practic de obstetrică și ginecologie, 1987, pg.122-128.
9. **Vârtej P.** – Ginecologie, Ed. All, 1997, pg. 212-228.
10. **Stovall T.G. și colab.** – The Female Patient, 1999.